

診断書(免許申請用)申し込み用紙

保健管理センター

申込日	年 月 日 ()	受領日	年 月 日 ()	サイン
学籍番号				性別
フリガナ				
氏名	※英文の場合はローマ字でのスペル(パスポート表記)も合わせてご記入ください			男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)			

所属	学生	学部学生	医学科	6年・(既卒 年)
			保健衛生学科(看護・検査)	4年・(既卒 年)
			歯学科	6年・(既卒 年)
			口腔保健学科(衛生・工学)	4年・(既卒 年)
		大学院生	()	専攻 (1・2・3・4・5)年
	大学院研究生	()	専攻	
	その他	()	専攻	
連絡先	内線・PHS () 携帯電話 () メールアドレス() ※確実に連絡が取れる先や時間帯を記入してください。			
受け渡し方法	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り(申込日の翌開室日14時以降) <input type="checkbox"/> 郵送(切手を貼付し住所等記載した封筒持参)			

1. 今年度の定期健康診断を受けていますか はい いいえ

2. 視覚機能について

目が見えない 該当しない 該当する

3. 聴覚機能

耳が聞こえない 該当しない 該当する

4. 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する

5. 精神機能

精神機能の障害 該当しない 該当する

6. 違法薬物を使用していますか いいえ はい